

FORMACIÓN CONTINUADA

Psicoterapia familiar breve. Cómo facilitar el cumplimiento terapéutico a través de la modalidad de cooperación de los pacientes

J.L. Rodríguez-Arias Palomo^a, M. Real Pérez^b, J.M. Castillo Oti^c y M.A. Real Pérez^d

^aDoctor en Psicología. Hospital Virxen a Xunqueira. Cee (A Coruña). ^bMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. ^cEnfermero. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). ^dMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo II (Madrid).

Introducción

Los profesionales de atención primaria utilizan programas de seguimiento de patología crónica (hipertensión, diabetes, obesidad, EPOC...). En muchas ocasiones el paciente no evoluciona como sería deseable —no mejora sus cifras tensionales, sus controles metabólicos, su peso, etc.— y se sospecha o se confirma que no ha cumplido las prescripciones que se le han dado cuidadosamente en cada consulta. Cuando esto sucede, se verifica si el paciente ha comprendido la información, y si ésta se adaptó correctamente a sus posibilidades individuales¹. Si, a pesar de todo, el paciente no realiza lo que se le prescribe, se interpreta que el paciente es un «mal cumplidor». Sin embargo, continúa acudiendo a consultar con mayor o menor regularidad. Otros pacientes, en cambio, se ajustan a lo que se les prescribe y suelen tener una evolución más favorable: ¿dónde está la diferencia, si el profesional aparentemente hace lo mismo con unos y otros?

El objetivo de este artículo es dotar al profesional de una herramienta más para aumentar las posibilidades de que los pacientes

realicen las prescripciones como se les indica en las consultas. Para ello, analiza la interacción entre profesional y paciente como fuente de diferencias. Éstas pueden entorpecer el cumplimiento terapéutico o, como se propone, facilitarlo.

Antecedentes y marco conceptual

Hasta hace algunos años, cuando un paciente no se ajustaba a las prescripciones que se le impartían, el profesional interpretaba que el paciente se estaba resistiendo al tratamiento. Era frecuente, entonces, explicárselo de nuevo. Al hacerlo así, desde el punto de vista relacional, la mayoría de las veces se utilizaba una mayor carga de autoridad, esperando que de esta manera el paciente se sometiera mejor a realizar lo que se le prescribía. Esto funcionaba en algún caso aislado —el paciente contaba al volver a consulta que había hecho lo que se le dijo—, pero otras veces profesional y paciente se enredaban en la dinámica de uno explicar y otro acudir a la consulta y no hacer lo que le indicasen. Esto podía desembocar en una relación de desconfianza del profesional —«aunque me dice que lo hace, no es posible, porque ha aumentado su

peso; no puedo creer lo que me diga»— y de desconfianza del paciente —«yo le digo que sí, porque si no me echa la bronca» o «hay que dejarle hablar».

Culturalmente, el concepto de «resistencia» de los pacientes al tratamiento derivaba del modelo psicoanalítico, que entendía que el paciente que no realizaba lo que se le prescribiera tenía algún género de patología que le impulsaba a ello, y desde este punto de vista el problema del incumplimiento estaba en el paciente, y era necesario doblegar su resistencia para favorecer su curación².

A partir de la teoría general de sistemas³ surge el concepto de interacción entre los miembros de un sistema, y se piensa que ésta es determinante para su funcionamiento, de manera que al analizar el comportamiento de uno de los elementos de un sistema hay que tener en cuenta el comportamiento de cada elemento en conexión con él y de la naturaleza de la propia conexión. Si se traslada este concepto al incumplimiento del paciente, el problema ya no sólo está en que él es un «mal cumplidor»: el problema también está en la manera en que el profesional sanitario plantea sus recomendaciones, así como en la interacción terapéutica.

(Aten Primaria 2001; 27: 514-520)

¿Qué factores puede tener en cuenta el profesional a la hora de analizar la relación terapéutica? ¿Cómo puede variar su comportamiento en la interacción y conseguir que el paciente cumpla mejor las prescripciones?

Las investigaciones en comunicación son de gran ayuda para facilitar esta tarea. En 1967 se publicaron las conclusiones de la investigación desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto (California) con el nombre de teoría de la comunicación humana (TCH)⁴. Se tomarán en cuenta fundamentalmente tres de los cinco axiomas que observan que se cumplen en toda interacción:

1. El segundo axioma dice que «toda comunicación tiene dos aspectos, uno de contenido y otro de relación, de tal manera que el segundo clasifica al primero y es, por tanto, una metacomunicación». A través de este axioma se explica que contenido y relación pueden ser confundidos con frecuencia y llevar a posibles errores en la pauta a seguir. El concepto de «contenido» de la conversación se refiere a la información que se le da al paciente durante la entrevista —suficiente, correcta, adaptada a sus posibilidades—. Y el concepto de «relación» se refiere al modo de transmitir la información o las prescripciones —como una orden, como una sugerencia—, que influye en cómo el paciente entiende la información, en cómo acepta la prescripción y, por tanto, en cómo la lleva a cabo. Así, es posible que el paciente entienda, asimile y esté de acuerdo en los contenidos de la información y de acuerdo o en desacuerdo en cuanto a cómo se plantea la relación terapéutica. Por ejemplo, si el profesional plantea la relación terapéutica como una relación de autoridad, en la que el paciente «tiene que hacer lo que se le diga, tal como se le dice», se puede encontrar con que una buena parte de sus pacientes aceptan esta relación y efectivamente rea-

lizan lo que se les prescribe, pero tendrá problemas con el tratamiento de los pacientes que prefieran otro tipo de relación y que, de igual manera que los anteriores, quieren colaborar al máximo en su tratamiento.

2. El tercer axioma dice que «la naturaleza de una relación depende de la valoración de las secuencias comunicacionales entre los comunicantes». Es decir, la opinión que se forma cada comunicante acerca del comportamiento del otro influye en la relación que ambos tienen de ahí en adelante. A efectos de cumplimiento terapéutico, si el profesional considera que el problema del incumplimiento está exclusivamente en la actitud del paciente, adoptará comportamientos «terapéuticos» de acuerdo con ello, como ya se señaló al hablar de la «resistencia»; si el profesional, en cambio, considera que el problema del incumplimiento puede tener que ver con su actitud ante el paciente, llevará a cabo conductas «terapéuticas» acordes a este criterio.

3. El quinto axioma define «dos tipos de relaciones, simétrica y complementaria, según estén basadas en la igualdad o en la diferencia». En las relaciones simétricas los participantes desean por igual mantener el control de la relación, mientras que en las complementarias uno asume el control y otro permite que esto sea así. Este axioma añade información al aspecto relacional descrito en el segundo axioma. Hay relaciones complementarias establecidas por el contexto social, y entre ellas la relación médico-paciente, pero esto es así sólo mientras el médico y el paciente estén ambos de acuerdo en mantener esta postura relacional, independientemente de que puedan estar de acuerdo o no en los contenidos.

Hay distintas posibilidades:

— Un paciente puede estar de acuerdo con el profesional que le

atiende acerca de qué es lo más adecuado para controlar su hipertensión; si se le plantea con autoridad terapéutica lo que «debe hacer», y él escoge aceptar ese tipo de relación —relación complementaria— es probable que cumpla cuantas indicaciones le sea posible y al pie de la letra.

— Si por el contrario el paciente prefiere mantener una relación simétrica con el profesional, y éste le plantea la prescripción también con autoridad terapéutica —«lo que tienes que hacer es...»—, cabe la posibilidad de que no cumpla las prescripciones, o no en su totalidad, por dificultades en el acuerdo relacional.

— Por otro lado, el profesional puede elegir plantear sus prescripciones «de igual a igual» —simetría—, esperando opiniones e iniciativas del paciente. En este caso, si el paciente espera del profesional un mayor grado de autoridad —adoptando él una postura más complementaria—, puede darse el caso de que se encuentre desorientado sobre lo que tiene que hacer.

— En el caso en que paciente y profesional adopten una actitud complementaria, puede ser más probable que el paciente desarrolle el plan terapéutico, aunque hay ocasiones en que la evolución puede estancarse si ambos permanecen en relación complementaria para todos los temas.

— Si ambos desean mantener el control en la relación, es posible que se desencadene una «escala simétrica» en la que uno y otro van realizando maniobras relacionales más o menos sutiles que les faciliten «tomar el mando» en la relación, entre ellas no realizar la prescripción.

Al hablar de intercambios relacionales se ha hecho referencia sólo a 2 personas, por ejemplo, médico y paciente, para simplificar; pero el intercambio puede ser de cuantos miembros intervengan en la relación —familiares, acompañan-

tes...—, cada uno en relación con los demás. Esto es lo que se contempla en la práctica clínica.

Desarrollo

¿Cómo se pueden aplicar estos conceptos teóricos a la consulta de atención primaria? ¿Cómo valorar si su aplicación mejora el éxito terapéutico?

Múltiples escuelas psicoterapéuticas toman sus raíces teóricas de la teoría general de sistemas y de la teoría de la comunicación humana y aportan modelos teóricos y técnicas de entrevista clínica aplicables en atención primaria. Entre ellas, la terapia familiar breve (TFB) ha demostrado que es aplicable por profesionales de atención primaria⁵, y aporta una metodología especialmente útil a la hora de mejorar el cumplimiento terapéutico en consultas con pacientes crónicos.

En 1982, el Brief Family Therapy Center, dedicado a la investigación y aplicación de TFB⁶, analizó los resultados de sus tratamientos desde el punto de vista relacional. Observaron cómo los profesionales fueron respondiendo en entrevistas sucesivas al grado de cumplimiento de los pacientes y sus familias, y llegó a la conclusión de que se obtienen mejores resultados cuando se considera cualquier conducta que el paciente y su familia realicen respecto a lo que se les recomienda como su forma de COOPERAR en el tratamiento. Esto facilitó adoptar comportamientos distintos ante las diferentes formas de cooperación de los pacientes, tercer axioma de la TCH.

Elaboraron cinco categorías o modalidades de cooperación por medio de las cuales califican el cumplimiento terapéutico (fig. 1). El momento en que el profesional califica el cumplimiento es en las consultas siguientes a la primera consulta, y es entonces cuando puede adaptar su comportamiento relacional a la modalidad de co-

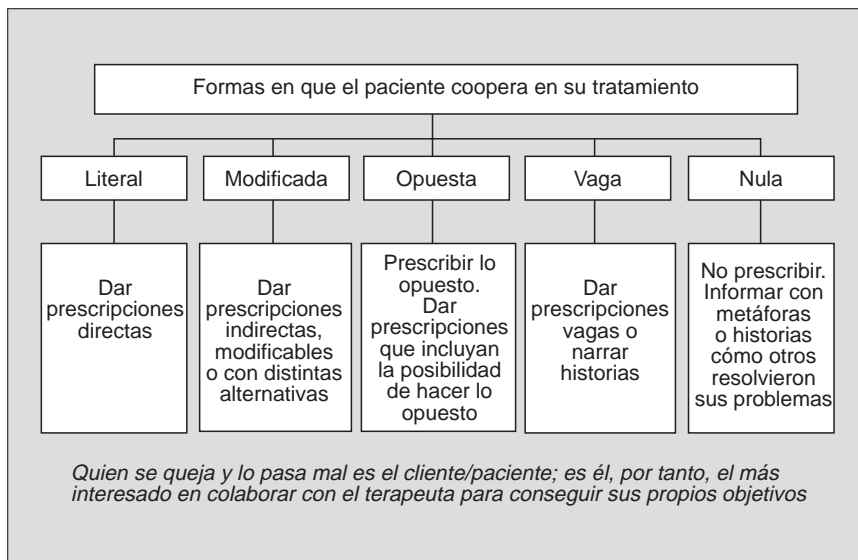


Figura 1. Modalidades de cooperación. Adaptada de Shazer, 1989; 92.

operación que le parece que ha seguido el paciente, con el objetivo de aumentar las posibilidades de que éste realice las indicaciones terapéuticas.

Se parte de la idea de que en la primera consulta se informó al paciente mediante una explicación que comprendió sobre qué es lo que debe hacer para mejorar su enfermedad, y luego se le dio una prescripción de forma directa, formulada como «lo que tienes que hacer es...» o similar y, desde el punto de vista relacional, con seguridad en la prescripción y esperando que el paciente realice lo que se le indica.

Las modalidades definidas son las siguientes:

Literal

Cuando el paciente acude a su segunda consulta y ha cumplido las instrucciones que se le dieron «al pie de la letra», se considera que mantuvo un cumplimiento literal. Se supone entonces que el paciente asume y realiza mejor aquellas prescripciones que se le dan de una manera directa, detallando las conductas que debe realizar, sin que le ofrezcan dudar entre distintas posibilidades: para cada

instrucción, una pauta de actuación que le resulte clara. Cuando el profesional detecta que esta forma de relacionarse con el paciente o alguno de sus familiares les resulta útil para conseguir sus objetivos, continuará formulándoles sus prescripciones de esta manera: «Lo que tienes que hacer es...».

Ejemplo

Profesional.- Muy bien, María, lo estás haciendo todo de maravilla.

Paciente.- ¡Ah! ¡Qué bien!

Profesional.- Pero vas a hacer una cosa, vas a quitar las galletas que tomas por la mañana, suprimélas porque es tomar demasiado azúcar en una sola comida.

Paciente.- De acuerdo.

Profesional.- Vas a comprar una barra de pan de 50 gramos para todo el día.

Paciente.- Sí.

Profesional.- Entonces, de esa barra de pan, por la mañana, cortas 3 rebanadas finas para el desayuno y sustituyes las galletas por eso para el desayuno.

Paciente.- Vale.

Profesional.- Y luego el resto del pan lo partes por la mitad para la comida y para la cena. Y eso es to-

do el pan que puedes comer en el día ¿De acuerdo?

Paciente.- Sí. Muy bien.

Profesional.- Pues lo vas a hacer así.

Modificada

Cuando se observa que el paciente realizó las prescripciones sólo en parte, modificó algunas de las indicaciones o las sustituyó por otras, el profesional interpreta que relacionalmente está colaborando para su tratamiento de una manera modificada, y es fácil suponer que se adaptará mejor a prescripciones que incluyan distintas posibilidades, válidas todas ellas, entre las que poder elegir: Entonces el profesional adoptará una postura relacional más complementaria y adaptará su lenguaje utilizando expresiones del tipo «esto puedes hacerlo como tú quieras...», «puedes hacer tanto esto como aquello», «lo conveniente puede ser...», «¿prefieres empezar por esto o te será más fácil empezar por...?». Con lo que aumenta la posibilidad de que el paciente realice lo que se le prescribe. Igualmente se tendrá en cuenta si alguien de la familia del paciente prefiere esta modalidad, para adaptar el comportamiento con ellos.

Ejemplo

Profesional.- Bueno, mira. De lo que hemos estado hablando, está muy bien lo que has ido haciendo. Únicamente hay una cosa, que igual sería... bueno, que la puedes hacer todavía mejor. Verás, en cuanto al desayuno me has dicho que tomabas galletas. Las galletas, si te acuerdas, tienen el problema de que contienen un azúcar que se absorbe muy rápidamente y entonces te dan unas hiperglucemias de repente y después el azúcar se te queda más baja. Entonces... hay otros alimentos que te pueden ir mejor que las galletas a la hora del desayuno. Por ejemplo... te podría ir mejor to-

mar unas rebanadas de pan. Hay a quien le gusta más el pan tostado o el pan sin tostar, integral...; si no te podrías tomar un yogur. ¿Tú cómo lo ves?

Paciente.- Sí, puedo comer algo así que me sea rápido de preparar y puedo comer 2 biscotes.

Profesional.- Bien, bien. La cantidad... hay a quien le viene bien uno sólo y a quien le viene, bueno, pues dos...

Paciente.- Vale, bien, bien; no tengo ningún problema.

Profesional.- De acuerdo.

Paciente.- Muchas gracias.

Opuesta

Se habla de que el paciente coopera para su tratamiento de forma opuesta cuando hace lo contrario de lo que se le prescribe. La postura relacional del profesional puede ser entonces admitir la conducta del paciente –se trata de la conducta de un adulto con capacidad de decisión, una vez que se sabe que está adecuadamente informado–, y prescribirle que haga lo contrario de lo que al profesional le parece adecuado que haga. Esta forma de prescribir puede parecer fuera de lógica en cuanto a su contenido; sin embargo, desde el punto de vista relacional, consigue que el paciente continúe con las riendas de su propio tratamiento y realice conductas más adecuadas para el buen control de su enfermedad. La actitud del profesional al prescribir pone especial énfasis en estar cargada de respeto y ligeramente apesadumbrada por no haberse conseguido, hasta el momento, los cambios deseados. Es necesario que el profesional cargue sobre sí mismo la responsabilidad de que no se haya avanzado hacia estos cambios: «No he acertado en lo que le indiqué el otro día que hiciera; posiblemente no era el momento oportuno para usted», por ejemplo. Las mismas indicaciones son válidas para adaptarse a la cooperación opuesta de algún familiar.

Ejemplo

Profesional.- Bueno, pues mira, la verdad es que has hecho todo lo que has podido hasta ahora, ¡eh! Sin embargo, te tengo que decir que hoy la tensión la tienes alta y el azúcar está más alto que otros días. Y eso pese a que has estado haciendo la dieta, y has estado haciendo ejercicio por la mañana, ejercicio por la tarde. Entonces creo que igual va a ser mejor que no hagas esto. Incluso aunque esto vaya contra lo que habitualmente decimos, ¿no?, de hacer dieta. Oye, a otras personas les viene bien hacerla, pero a ti no te ha venido bien.

Paciente.- Ya, pero mire... mire cómo estoy y, hombre, yo entiendo que sí, que algo tengo que hacer y... es que mi vida es muy complicada para ello, pero algo sí que tengo que hacer. Yo tampoco...

Profesional.- Por eso, lo que tenemos que probar ahora es que tu no hagas dieta. Que estas cosas que has venido haciendo, pues te han subido de peso y te han subido la tensión y entonces vamos a probarlo, pues, a hacer diferente, hacer lo que... lo que no has hecho hasta ahora, ¿eh? O sea, tú ahora come normal, lo que tú veas que te apetece comer y el ejercicio, pues modérate un poco; no hagas tanto.

Paciente.- Ya, pero si como normal voy a seguir engordando.

Profesional.- La mayor parte de la gente sí, pero... parece que tú no. Y el ejercicio en vez de quemar calorías a ti te produce un desarrollo de la masa muscular que... curiosamente te hace pesar más.

Paciente.- Pero algo de ejercicio tendré que hacer... como no haga nada... siempre dicen que el ejercicio es bueno.

Profesional.- En general sí, pero...

Paciente.- Bueno... bueno.

Vaga

Se dice que un paciente coopera para su tratamiento de una forma

vaga cuando utiliza un lenguaje impreciso, en el que no es fácil determinar con claridad qué conductas ha seguido. Lo apropiado entonces es indicarle conductas poco definidas, utilizar términos abstractos. Lo que se persigue desde el punto de vista relacional es que, al aumentar la falta de determinación, el propio paciente solicite mayor claridad y conciencia para saber qué es lo que tiene que hacer y poder hablar ambos en un lenguaje más concreto.

Ejemplo

Profesional.- Bueno, pues mira; vas bastante bien, ¿eh? Se ve que te has esforzado y bueno, las cosas todavía podrían ir mejor. Si quieres puedes tomar más de estos alimentos que van bien, ¿sabes? Hay algunos alimentos que van mejor que otros; por ejemplo, las verduras, las frutas, algunos lácteos... aunque, bueno, tampoco todas las frutas son las más adecuadas... algunas son más beneficiosas que otras. Y también podrías tomar algunos alimentos, pero bueno, éstos más esporádicamente, quizás.

Paciente.- Bueno, vamos a ver. ¿Verduras tengo que tomar, sí o no?

Profesional.- Bueno, tomar verdura es una buena opción para algunas personas. De hecho, se recomienda... es de las cosas que más se recomienda puesto que son saludables ¿eh?

Paciente.- Yo tomo verdura en las comidas ¿O a todas horas?

Profesional.- Podrías tomar verdura en la comida, podrías tomar verdura en la cena; podrías tomar verduras no todos los días, sino algunos días, los que mejor te parezca.

Paciente.- Bueno, entonces como verdura.

Profesional.- ¡Hmm, hmm! Como tú quieras. Eh... puedes también... te estaba hablando de las comidas, te estaba diciendo, bueno, hay algunas que te pueden re-

sultar... menos nutritivas o que... bueno, pues de las que se dice que no siempre hay que tomar. De esas podrías tomar un poco menos. En cuanto al ejercicio..., pues podrías seguir.

Paciente.- Bueno, bueno, yo lo que hago es comer la verdura a la hora de las comidas ¿eh? Y lo demás así... variado, como ya le he dicho, pero de momento me tomo la verdura ¿vale?

Profesional.- Bien, ésta es una buena idea...

Paciente.- De acuerdo.

Profesional.- Es una buena idea.

Paciente.- Vale.

Nula

Del paciente que no hace lo que se le indica se dice que tiene una modalidad de cooperación de la categoría nula. Para encajar relacionamente las prescripciones, en esta modalidad de cooperación lo adecuado es no prescribir, salvo que el paciente lo pida con cierta insistencia, dar información sobre la enfermedad sin relacionarla con el paciente o informar indirectamente de cómo otras personas controlan su enfermedad, evitando cualquier referencia a que el paciente deba realizar alguna de las conductas que otros realizan. Se elogia cualquier capacidad del paciente que pueda ayudarle en el cuidado de su enfermedad. Lo mismo se hace cuando en el tratamiento interviene algún familiar con esta modalidad.

Ejemplo

(En este ejemplo se parte de un caso en el que el paciente refiere realizar las prescripciones y el profesional ha valorado modalidad «nulo» al observar discordancia entre esto y sus exploraciones.)

Profesional.- Bueno, Luis, vamos a ver. Vamos a ver porque esto... es que no sé ni cómo decírtelo. Mira, está pasando que aunque es-

tás haciendo todo perfectamente, estás comiendo las cosas bien, tal como habíamos quedado...

Paciente.- Sí, sí.

Profesional.- Estás venga a pasear, estás... bueno, haciéndolo todo, todo; pues esto, a pesar de todo, te tengo que decir que hoy la tensión está alta.

Paciente.- ¿Otra vez?

Profesional.- Otra vez está alta, Luis. Y yo no sé, algo tengo que estar haciendo mal porque es que además has engordado.

Paciente.- ¿Cuánto he engordado?

Profesional.- Pues has engordado 4 kilos esta vez.

Paciente.- ¡Pero no puede ser, si yo hago la dieta bien!

Profesional.- Y tomas las medicinas.

Paciente.- Claro.

Profesional.- Haces la dieta, tomas las medicinas, estás todo el día venga andar en cuanto puedes... algo se me... algo tengo que estar haciendo mal. No sé cómo puedo hacer. Te lo tengo que confesar: no sé cómo puedo hacer. Estoy...

Paciente.- Hombre, a lo mejor no paseo todo lo que me dice usted, doctora; pero yo la dieta la hago bien.

Profesional.- Sí, sí.

Paciente.- Yo... a rajatabla, me pone usted esas cosas y yo las hago. No me explico cómo engordo.

Profesional.- Claro, y lo comes así; y no comes ni entrehoras ni nada, todo en orden.

Paciente.- Ya.

Profesional.- Pues eso... ¿Qué me decías de pasear?

Paciente.- Bueno, que quizás sí que podría pasear un poquito más, pero...

Profesional.- ¡Hombre! Pero si ya lo haces todo el día. En cuanto puedes te pones a pasear, Luis, si eres muy constante.

Paciente.- Bueno, la verdad es que... no le voy a engañar, pero... sí que podría pasear un poquito más. No tengo tiempo, pero la verdad es que a lo mejor sí que podría sacar algo.

Profesional.- ¿Sí?

Paciente.- Sí.

Profesional.- ¿Pero de dónde lo vas a sacar? Porque estás muy atareado.

Paciente.- Bueno, quizás si me volviera a casa, en lugar de en autobús, andando...

Profesional.- Ya, claro; eso supone más tiempo para ti.

Paciente.- Sí.

Profesional.- No sé.

Paciente.- Bueno, podía probar...

Profesional.- ¿Sí?

Paciente.- Si veo que no saco tiempo pues ya... hablaría con usted, pero no sé...

Profesional.- Bueno.

Paciente.- ¿Usted cree que con eso ya es suficiente?

Profesional.- ¡Hombre! Suficiente, no lo sé, Luis, porque ya te digo que estoy desbordada... ¡Hombre! Si quieres probarlo, pues luego lo vemos. Claro que sí ¡Hombre! Cualquier esfuerzo que hagas; ya estás haciendo bastante, claro que sí.

Paciente.- Ya. Pues yo lo hago y... bueno, lo intento. Y ya le cuento.

Profesional.- Bien, y solamente es eso, media hora al día ¿no?

Paciente.- Sí, vamos, lo que tardo en ir del trabajo a casa, pues... empiezo con eso ¿Vale?

Profesional.- Bueno... ya veríamos después...

Paciente.- Bueno, vale.

Profesional.- De acuerdo, pues vale.

En cada consulta sucesiva se debe tener presente que las modalidades de cooperación, como cualquier concepto relacional, son cambiantes para cada paciente y para cada familiar, y cambiante la forma en que pueden ser evaluadas por el profesional y el comportamiento que el profesional desee adoptar entonces. En cada nuevo encuentro el profesional sanitario puede acomodarse a la modalidad de cooperación del paciente y del familiar, valorando cada una de estas modalidades de cooperación por separado.

Conclusiones

A cada persona, según su forma de ser, le gusta que le digan las cosas de una determinada manera. Por ello, es frecuente observar que una persona hace caso de lo que se le indica cuando se lo dice «alguien» en concreto y no cuando se lo dice «otro», pese a ser peticiones de idéntico contenido. Una demanda impecable en su contenido; con una explicación suficiente para el paciente, tan pormenorizada como éste lo requiera; precisa, para que pueda manejar correctamente aquello a lo que hace referencia la demanda, y adecuada, adaptada a su nivel cultural, no es garantía suficiente para que el paciente «haga caso». Tampoco lo es el hecho de que quien formule la prescripción al paciente sea personal sanitario: suponer que el paciente tiene que hacer caso al profesional «por ser quien es» es un error tan común que sobra cualquier comentario al respecto. Tener en cuenta el «cómo», es decir, la forma en que el profesional hace la petición, tal y como se ha referido en este artículo, también afecta al grado de cumplimiento y a la modalidad de cooperación del paciente y facilita la comprensión de situaciones sorprendentes, tales como que el paciente haga más caso de su peluquero o de su vecina, que de lo que le prescribe el profesional sanitario. Cuando esto ocurre así, la terapia familiar breve propone una reflexión sobre la manera de formular las demandas que lleve a un mejor ajuste con la idiosincrasia del paciente y su familia.

¿Qué puede hacer, entonces, el profesional al prescribir para que el paciente realice en mayor medida lo que se le prescribe?

Cuando se observa el cumplimiento terapéutico desde la perspectiva de las modalidades de cooperación, los profesionales pueden dar un enfoque diferente a

tratamientos que parecen estancados, pueden aumentar su capacidad de mantener distintos tipos de interacción en la relación terapéutica y pueden, en consecuencia, incrementar la eficiencia en el control de enfermedades crónicas. Los pacientes y sus familias se hacen más responsables de su propio tratamiento, con lo que fácilmente se incrementa el éxito de éste.

Este enfoque resulta útil siempre y cuando el profesional interprete cualquier conducta del paciente o de cualquiera de sus familiares como colaboración para mejorar su salud. Clasificar los comportamientos del paciente y sus familiares en modalidades sólo es útil si después el profesional lo tiene en cuenta para adaptar su forma de prescribir a la cooperación observada.

Al igual que las relaciones no son estáticas y pueden ir cambiando a medida que se desarrollan, las modalidades de cooperación tampoco lo son: un paciente puede adoptar una modalidad de forma global, o bien distintas modalidades para cada instrucción, o distintas modalidades en momentos sucesivos. La clave del resultado radica en la plasticidad del profesional para ir adaptándose. Es previsible que cuanto más se adaptan las prescripciones a la modalidad de cooperación el paciente vaya acomodando su forma de cooperar hacia mostrarse más literal.

Creemos que este enfoque tiene, sin embargo, una eficacia limitada: por un lado, el profesional no siempre elige la estrategia adecuada; por otro, los pacientes y sus familiares no siempre cooperan tal y como prevé la teoría. Además, estas consideraciones se enmarcan en el complejo campo de las relaciones humanas y de las decisiones personales. Pese a ello, nuestra impresión es que este enfoque aumenta las herramientas del profesional para actuar ante cumplimientos terapéu-

ticos que desee mejorar. Incluso, sencillamente, concebir lo que antes se denominaba «incumplimiento» como «cooperación» puede tener un efecto por sí mismo en los sucesivos comportamientos del profesional y del paciente, sin que sea necesario que se plantee modificar su conducta intencionalmente⁴.

Bibliografía

1. Borrell i Carrió J. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989; 157-161.
2. Anderson CM, Stewart S. Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu, 1983.
3. Bertalanfy LV. Teoría general de los sistemas. México: FCE, 1976.
4. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatics of human communication. Nueva York: Norton, 1967 (trad. esp.:

Teoría de la comunicación humana [8.^a ed.]. Barcelona: Herder, 1991).

5. Real M, Rodríguez-Arias JL, Cagigas J, Aparicio M, Real MA. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 241-246.
6. De Shazer S. Patterns o brief family therapy: an ecosistemic approach. Nueva York: Guilford Press, 1982 (trad. esp.: Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico. Barcelona: Paidós, 1989).

Fe de errores

En la revista ATENCIÓN PRIMARIA, volumen 27, número 2, correspondiente al 15 de febrero, en el artículo titulado “Elevación de tensión arterial por atenolol genérico” (pág. 147) se produjo el siguiente error. Donde dice “La demostración de la bioequivalencia se realiza in vivo mediante ensayos en voluntarios sanos (habitualmente de 12 a 24 años)..”

Debería decir: (habitualmente de 12 a 24 individuos).